

こども医療費受給資格 変更 届  
喪失

年 月 日

鹿児島市長 殿

届出人 住 所 鹿児島市

氏 名

電話番号

下記のとおり、資格を 変更・喪失 しましたのでお届けします。

※私は、資格認定又は助成額の決定に関して、私の世帯の地方税関係情報について、取得し、又は確認されることに同意します。

※こども医療費助成金の支給を受けるために必要な下記のこどもの受診に関する情報を、保険医療機関等が審査支払機関を通じて市に送付することに同意します。

太 枠 の 中 を 記 入 し て く だ さ い。

こどもの氏名			生年月日	年 月 日	受給者番号	
資 格 変 更 事 由	受給者	新			旧	
		加入医療保険				
	保険者名 _____ (国保組合・健保組合・共済組合) 全国健康保険協会 _____ 支部 記 号 _____ 番 号 _____ 被保険者氏名 _____ 資格取得年月日 _____ 年 月 日					
	振込先口座 金融機関名 _____ (銀行・信金・信組・労金・農協) 支店名 _____ (本店・支店・その他) 種別 普通 口座番号 _____ 名義人カナ氏名 _____ 変更日 _____ 年 月 日					
	課税状況 ( ) 年度 ( ) 月診療分から (課税・みなし課税・未申告・非課税) 変更日 _____ 年 月 日					
連絡先 (自宅・携帯) 変更日 _____ 年 月 日						
資 格 喪 失 事 由	転 出(県内・県外) 転出予定日 _____ 年 月 日			処 理 欄		
	死 亡 重度心身障害者等医療費受給資格取得 母子・父子家庭等医療費受給資格取得 施設入所 生活保護開始 そ の 他 事由発生日 _____ 年 月 日			喪 失 日 _____ 年 月 日		
受 付 日		年 月 日				

受給者証受領確認

注

- この届書には、必ず受給者証を添えること。
- 加入医療保険を変更した場合は、被保険者証を提示すること。

--